

登録書記入例（ご家族等記入用①②）

様式第1号
神戸市長あて

情報の登録を申し込みます。

情報登録書(ご家族等記入用①)

氏名(神戸太郎) 生年月日(1992年10月10日) 性別(男)

同居家族 父 母 兄 姉 弟 妹 その他(母え祖母)

主な介護者 父 母 兄 姉 弟 妹 その他(母え祖母)

身体障害者手帳 無 有 →()級 療育手帳 無 有 →等級(A)

コミュニケーション(複数選択可能です)

- I:簡単な会話ができる
- II:有意語がある
- III:要求やyes/noの表出ができる
- IV:簡単な言葉かけを理解する
- V:呼びかけに反応する
- VI:快・不快の表現をする
- VII:無反応

視覚 見える 見えない(見えにくい) → 右 左 両方 → 義眼 眼鏡等

聴覚 聞こえる 聞こえない(聞こえにくい) → 右 左 両方 → 補聴器

褥瘡 無 有 → 部位(仙骨部)

→ 処置の内容 ()

食事方法 自力摂取 部分介助 全介助

食事姿勢 車イス ベッド 立位台 臥位 その他 ()

水分形態 液体状 ゼリー状 とろみ状

排尿回数(1~6)回/日 排便回数(1)回/(2~3)日 摘便 可 不可 浣腸 可 不可

排泄方法 トイレ誘導 オムツパッド交換 導尿 尿器 その他 ()

夜間の姿勢 仰臥位 左側臥位 右側臥位 腹臥位

夜間変える姿勢・向きを複数選択可能です。

体位交換 無 有 → (2)時間毎

不眠時の対処法 (23時に覚醒していもばトクローロソツ°内服)

可能な姿勢と移動 寝返り 腹這い 自力座位 つかまり立ち 手引き歩行 車イス自走 四つ這い 膝立ち歩き 腹臥位 自力での立位 自力歩行

使用している装具等 車いす 歩行器 クラッチ 靴型装具 コルセット

座位保持装置 SRC 長下肢装具 インソール その他

立位台 杖 短下肢装具 頭部保護帽 ()

<予防接種>

疾患名	予防接種1回目		予防接種2回目		
	罹患	接種	接種日	接種	接種日
麻疹	<input checked="" type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未 <input checked="" type="checkbox"/> 済	H10.3.5.	<input type="checkbox"/> 未 <input checked="" type="checkbox"/> 済	H25.11.2.
風疹	<input checked="" type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未 <input checked="" type="checkbox"/> 済	H10.6.3.	<input type="checkbox"/> 未 <input checked="" type="checkbox"/> 済	H25.11.2.
水痘	<input checked="" type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未 <input checked="" type="checkbox"/> 済	H20.7.2.	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	
流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 未 <input checked="" type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済		<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	

MR ワクチンで摂取すれば、風疹・麻疹の両方に記載する。

情報登録書(ご家族等記入用②)

氏名(神戸太郎) 生年月日() 性別(男)

<ご家族等連絡先>

氏名(神戸 菊子) ※本人以外に連絡の取れる方をご記入ください

連絡先() ※連絡先が登録者の方と同じであれば、記入は不要です。

住所()

※住所が登録者の方と同じであれば、記入は不要です。

<就学状況> 学校名をすべてご記入ください

就学前(あじさい学園) 在籍 卒業

小学校(垂水養護学校) 在籍 卒業

中学校(〃) 在籍 卒業

高校(〃) 在籍 卒業

<福祉サービスの状況等>

障害支援区分 無 有 → 1 2 3 4 5 6 有効期間(年 月)

利用中のサービス内容及び事業所

サービス名	事業所名	電話番号
生活介護	にこにこハウス	
短期入所	〃	
居宅介護	ひまわり訪問介護	

サービス等利用計画(障害児支援利用計画)作成

セルフプラン 有 → 事業所名(

同じ病院で、診療科が異なる場合は、別の行に記載する。

<かかりつけ医>

医療機関名	担当科	担当医	電話番号
こども病院	小児外科	前田先生	078-XXXX-XXXX
	脳外科	永島先生	〃
森ノ宮病院	整形外科		06-XXXX-XXXX
にこにこハウス	小児科		078-743-2525

担当医が決まっていなければ、記載不要です。

<訪問看護事業所等>

事業所名	電話番号
ほほ之み訪問看護ステーション	078-XXXX-XXXX